UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949 — N° 91

Contribution à l'étude des metro-annexites chroniques à germes intestinaux

(Travail du service de Clinique Gynécologique de l'hôpital André-Boursier

Professeur agrégé : J. MAGENDIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

soutenue publiquement le mercredi 13 juillet 1949

PAR LE

Docteur Jean DOUENCE

Ancien externe des hôpitaux
Diplômé de Médecine du Travail
Diplômé d'Hygiène
Diplômé d'études supérieures médicales d'Éducation Physique
Diplômé de Biologie et Médecine Aéronautique

Né à BORDEAUX, le 10 mars 1922

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIÈRE, professeur..... *Président.*
DUFOUR, professeur.....
MAGENDIE, agrégé..... *Juges.*
LECOULANT, agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE, 16

1949

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0089

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949 — N° 91

Contribution à l'étude des metro-annexites chroniques à germes intestinaux

(Travail du service de Clinique Gynécologique de l'hôpital André-Boursier

Professeur agrégé : J. MAGENDIE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

soutenue publiquement le mercredi 13 juillet 1949

PAR LE

Docteur Jean DOUENCE

Ancien externe des hôpitaux
Diplômé de Médecine du Travail
Diplômé d'Hygiène
Diplômé d'études supérieures médicales d'Éducation Physique
Diplômé de Biologie et Médecine Aéronautique

Né à BORDEAUX, le 10 mars 1922

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIÈRE, professeur..... *Président.*
DUFOUR, professeur.....
MAGENDIE, agrégé..... *Juges.*
LECOULANT, agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE, 16

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. PORTMANN

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. et gynécol.	MASSE.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc.. clin.	DE GRAILLY.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G, DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Matière médicale	GOLSE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Pharmacie	VITTE.	Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.
Physiologie	FABRE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie) ; MESNARD (Pharmacie).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	N...	Obstétrique	N...
Physiologie	N...	id.	MAHON.
Médecine générale	BROUSTET.	Ophtalmologie	BESSSIÈRE.
id.	SARIC.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DUBARRY.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	F.J. TRAISSAC.	Histologie	MAYER.
id.	BERGOUIGNAN	Physique médicale	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
Chirurgie générale	N...	Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
id.	MAGENDIE.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	POUYANNE.	Méd. légale et méd. du travail	L'ÉPÉE.
id.	LAUMONIER.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
id.	CHAVANNAZ.	Odonto-stomatologi·	MARONNEAUD.
Chimie biologique	TAYEAU.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire	J. MAGENDIE	Chimie minérale	GOLSE René
Accouchements	PERY.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Puériculture	VERGER.	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	N...	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	N...
Ophtalmologie	N...	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MON PERE, A MA MERE, A MA BELLE-MERE

Bien faible témoignage d'immense affection et d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME

Sa présence près de moi, au seuil de ma carrière, est ma plus grande source d'espoir et de joie.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Docteur E. DUBOURG.

Monsieur le Professeur DUFOUR.

Externat :

Monsieur le Professeur agrégé CHAVANNAZ.

Monsieur le Professeur JEANNENEY (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur PORTMANN.

Monsieur le Professeur LOUBAT.

Monsieur le Professeur DARGET.

Monsieur le Professeur JOULIA.

Monsieur le Professeur RIVIÈRE.

Monsieur le Docteur E. DUBOURG.

Monsieur le Professeur CREYX.

Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE.

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur agrégé LE COULANT

Médecin dermato-vénérologiste des Hôpitaux.

Nous regrettons de n'avoir profité de votre enseignement qu'à des occasions trop rares. Mais vos conseils nous ont toujours été profitables. Nous vous en remercions sincèrement et nous vous prions de bien vouloir croire à nos sentiments de gratitude et de respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux.
Croix de Guerre.
Officier d'Académie.

Durant l'année passée dans votre service vous n'avez jamais cessé de nous aider par l'étendue de votre connaissance et la clarté de votre enseignement. Vous nous avez confié ce sujet de thèse. Puissiez-vous ne pas être trop déçu par notre travail ! Veuillez y trouver, en tout cas, le témoignage de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DUFOUR

Chef des travaux anatomiques.
Chirurgien des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier d'Académie.
Croix de Guerre.

Qui fut le maître de notre première année d'hôpital, nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement lumineux qu'il nous a prodigué

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. RIVIERE

Professeur de Clinique d'accouchements.
Chevalier de la Légion d'honneur.
Croix de Guerre.
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous ne saurons jamais assez lui témoigner notre reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu dans son service et pour les conseils qu'il nous a prodigués. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux de profonde admiration.

Contribution à l'étude des metro-annexites chroniques à germes intestinaux

I. - INTRODUCTION

Parmi les germes que l'on rencontre fréquemment dans les infections génitales, les microbes intestinaux tiennent une place importante. C'est du colibacille qu'il s'agit le plus souvent, mais il est quelquefois accompagné de l'entérocoque, son voisin habituel, qui est tout aussi redoutable que lui.

Ces microbes se voient comme germes secondaires dans les métro-annexites chroniques d'origine puerpérale ou blennorragique. Mais il est des cas où ils prédominent à tel point que l'on peut supposer une *infection primitive;* c'est essentiellement sur celle-ci que portera cette étude.

Certaines conditions spéciales font *naître* ou *favorisent* ces infections génitales qui ont une *allure clinique* un peu particulière. Un interrogatoire précis nous fera soupçonner cette affection très souvent confondue avec d'autres dont la symptomatologie est à peu près superposable. Le Laboratoire seul permettra de porter le diagnostic.

En présence d'une métro-annexite à colibacilles ou entérocoques il faut se garder de faire uniquement un traitement local, symptomatique et tout à fait insuffisant. Il

faut envisager ces infections comme une maladie générale ayant son origine dans l'intestin et lutter à la fois contre son foyer initial et contre chacune de ses manifestations sur les divers appareils qu'elle frappe.

II. - HISTORIQUE

L'infection colibacillaire ou entérococcique des annexes et de l'utérus est connue depuis les premiers temps de la bactériologie.

— Dès 1898, Halle et Reymond, dans leurs thèses inaugurales, consignèrent toutes les recherches bactériologiques de cette époque et montrèrent que si gonocoques et streptocoques jouent un rôle prépondérant dans les infections, il ne fallait pas minimiser le colibacille et l'entérocoque.

— En 1910, dans leur traité de gynécologie, J.-L. Faure et Siredey écrivent : « Les affections intestinales peuvent « également provoquer les suppurations annexielles. Le « bactérium coli commune peut envahir les trompes et « les ovaires et la proximité de l'intestin suffit parfois, « par un mécanisme d'ailleurs assez simple à entraîner « leur infection. »

— Segond parle du « flirt appendiculo-ovarien ».

— Mlle Feighine, en 1914, rapporte huit cas de métrites à colibacille.

— Puis en 1926, Schil, dans le « Paris Médical », signale vingt et un cas de métrites à germes intestinaux.

— C'est en 1931 que Colanéri décrit le *syndrome entéro-génital* par analogie avec le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer.

— En 1932, Pierra, dans la « Revue Française de Gynécologie », consacre un article aux infections colibacillaires de l'appareil génital chez la femme en dehors de la puerpéralité.

— La thèse de Marguerite Dard sur le syndrome entérogénital date de 1933.

— En 1934, lors du Congrès de la colibacillose, à Châtel-Guyon, de nombreux rapports sont consacrés à la colibacillose en gynécologie, notamment celui du professeur Guillemin.

Nous trouvons, de 1926 à 1934, une période où les rapports, les communications, les thèses abondent sur ce sujet. Puis de 1934 à 1947, date du XI[e] Congrès de gynécologie à Châtel-Guyon, la question semble intéresser beaucoup moins les gynécologues si l'on en juge par le petit nombre de publications.

Au cours du Congrès de gynécologie de 1947 sur les annexites : gonococcie, puerpéralité, colibacillose, tuberculose exceptée, la question a été abordée dans de nombreux rapports et notamment dans ceux de MM. Ezes et Gares, d'Alger, Bonnafos et Laffont, d'Alger, Traissac, de Bordeaux.

Ezes et Gares ont placé la question sur son véritable terrain en écrivant : « Alors que les suppurations pulmo-
« naires et cérébrales ont fait l'objet de recherches du
« plus haut intérêt, alors que les atteintes inflammatoires
« des reins ont retenu l'attention des médecins, des chi-
« rurgiens, des physiologistes, rien ou presque rien n'a été
« tenté dans le domaine qui nous intéresse et, cependant,
« combien ce champ d'exploration serait fructueux si
« l'étude des salpingites et des métrites était placé sur
« un terrain neuf et moderne, par exemple celui de la
« réceptivité des tissus à l'infection et des nombreux fac-
« teurs qui la conditionnent. »

III. - ETIOLOGIE

Le colibacille et l'entérocoque sont les hôtes normaux habituels de l'intestin, de là ils peuvent devenir pathogènes et se propager à n'importe quel organe. C'est ainsi que l'on observe des affections génitales à coli ou à entéro.

Pour que leur virulence s'accroisse et qu'ils pullulent dans l'intestin, il faut que certaines conditions particulières soient réalisées. Elles constituent autant de causes prédisposantes.

A. - **Causes prédisposantes :**

1° La constipation et la stase intestinale chronique.

Ce sont principalement la *constipation* et la *stase intestinale chronique* dans un des segments du cadre colique.

La constipation chez ces malades est, d'après nos observations, à ce point commune que nous ne pouvons nous empêcher d'être étonnés quand une d'elle ne nous la signale pas parmi les troubles dont elle se plaint. Encore la plupart de celles qui n'en souffrent pas n'y échappent-elles que parce qu'elles présentent momentanément, ou de façon habituelle, des symptômes d'entérite avec diarrhée. c'est-à-dire une autre tare intestinale.

L'insuffisance d'évacuation est, en général, contemporaine d'une déficience du fonctionnement (acidification des selles, mauvaise absorption des graines, digestion irrégulière des amidons, fermentations putrides).

Elle est favorisée par la ptose, les coudures, les spasmes, les dolicho-mégacolons.

L'infection intestinale est entretenue par les recto-

sigmoïdites (Mazeran), la stase au niveau de l'angle droit du colon (Fisch), la stase cœcale (Duval et Roux, Goelhinger et Bécart).

La radiographie confirme ces données :

— Chez les femmes à musculature abdominale déficiente le transverse tombe très bas et détermine des coudures au niveau des angles hépatiques et spléniques « images en canon de fusil ».

— Elle montre surtout les contractions spasmodiques, les dilatations avec retards plus ou moins considérables dans l'évacuation. Elle fait apparaître l'atonie intestinale. Nous sommes en présence de ce que Gleize-Rambal nomme les « *dyskinésies digestives* ». C'est pourquoi nous pensons que la normalisation de la motricité intestinale sera d'un très puissant secours dans la thérapeutique.

Amblard a montré que la constipation n'est pas seule en cause. Pour cet auteur le point de départ de l'infection serait dans la majorité des cas une crise d'entérite aïgue, mais elle peut s'installer aussi au cours des entérites chroniques s'accompagnant de diarrhées ou d'alternance de diarrhée et de constipation.

2° Appendicite ou sigmoïdite chroniques.

Si le ligament de Clado n'est pas reconnu comme constant par les anatomistes, son existence favorise les échanges inflammatoires entre appendice et ovaire que Vautrin et Segond nommaient « *flirt appendiculo-ovarien* ».

A plus forte raison une ptose cœcale amènera-t-elle l'appendice au contact direct des annexes droites, mais d'après Colaneri l'ablation chirurgicale de l'appendice (ou de la vésicule), à elle seule, n'amène pas la guérison car la muqueuse des colons est toujours plus ou moins profondément atteinte et l'intervention reste sans action sur la tonicité de l'intestin.

Princeteau en 1910, puis Castéra dans sa thèse insistent

sur les rapports anatomiques immédiats entre *anse sigmoïde et annexe gauche*. Ils pensent que certaines sigmoïdites donnent des inflammations génitales surtout à gauche.

3° Rétroversion utérine.

Ces mêmes auteurs estiment que la stase des matières augmente le volume et le poids de l'S iliaque qui, pesant plus ou moins sur les organes du petit bassin, les disloque et favorise la production de la rétrodéviation utérine, Rawson Permington ajoute « quand l'utérus est fixé dans « une position anormale, il se congestionne et devient la « proie de l'infection. Si l'utérus tombe en rétroversion, « il augmentera encore la constipation, d'où : « cercle « vicieux ». Cette S iliaque qui est lourde par suite de la stase entraînera aussi une compression des vaisseaux provoquant de la congestion et de la douleur.

Une thérapeutique qui tendra à redresser l'utérus sera d'une grande utilité.

4° Parasitoses.

M. Chantriot, médecin colonial, au Congrès de Châtel-Guyon, en 1934, signale que les parasites intestinaux occupent une place importante dans la genèse de la colibacillose. Les lamblias, dit-il, font souvent le nid à l'affection. Gaehlinger, à Châtel-Guyon, en 1947, note que les malades atteintes de trichomonas vaginale étaient également atteintes de colibacillose génitale et urinaire.

On devra donc rechercher les parasites si l'affection génitale ne guérit pas dans des délais normaux.

5° Tumeurs abdomino-pelviennes.

Facteurs de stase intestinale et circulatoire sont les tumeurs génitales (fibromes, kystes de l'ovaire, collections pelviennes hémorragiques ou suppurées, congestions uté-

rines) qui agissent par compression soit sur l'intestin, soit sur l'utérus et les annexes.

6° Traumatismes obstétricaux et gynécologiques.

Ce sont des causes évidentes : les germes ramassés à l'extérieur ou dans les voies génitales inférieures sont apportés à l'endroit même où ils pourront commencer leurs désordres. C'est ainsi lors des accouchements longs en milieu septique — des avortements criminels — de thérapeutiques plus ou moins intempestives : crayons, laminaires; des explorations faites sans précautions : hystérométrie, insufflations tubaires.

B. - **Facteurs favorisants :**

1° Facteur chimique.

Desgeorges, de Vichy, considère justement, nous semble-t-il, le rôle de l'alcalose comme considérable. On sait qu'un milieu alcalin favorise le développement du colibacille et de l'enterocoque alors qu'ils poussent mal en milieu acide. C'est pourquoi il faudra tenir compte du régime alimentaire des malades. Un régime favorisant les fermentations, trop riche en cellulose, lacto ou fructo-végétarien, donc alcalinisant, sera propice à la pullulation des germes.

L'alcalinité joue-t-elle un rôle local en favorisant l'infection tubaire et vaginale par le colibacille ?

Au niveau de la trompe, MM. Ezes et Gares, d'Alger, l'ont recherché. Dans les trompes saines, il se modifie cycliquement : pendant la phase secrétrice de la trompe, il va de l'alcalinité (7,6, 7,8), à l'acidité franche (6,8, 6,4), au moment de l'ovulation, puis il revient vers l'alcalinité au voisinage de la menstruation. Rappelons que le pH optimum de croissance du colibacille et de l'enterocoque serait compris entre 6 et 7.

Seul le vagin, chez la femme adulte à l'état normal, a

des sécrétions acides dont le pH oscille entre 4,2 et 4,6. Il devrait donc être protégé contre les germes intestinaux. Il n'en est rien, au cours de notre expérimentation nous avons rencontré du colibacille dans le vagin alors que le pH était aux environs de 5. Il nous semble donc que l'on ne puisse pas considérer l'acidité du milieu vaginal comme un élément prophylactique suffisant.

Le pH vaginal peut varier et tendre vers l'alcalinité au cours de l'infection.

D'autre part, on sait que toute variation de la folliculinémie peut retentir sur le glycogène de la muqueuse vaginale et sur le développement du bacille de Döderleim. Le pH diminue quand la folliculine augmente; il s'élève lorsqu'il y a hypofolliculinie. De nombreuses publications montrent que sous les seules injections de folliculine, des ulcérations cervicales torpides guérissent facilement. C'est pourquoi Turpault propose, pour rétablir l'acidité vaginale, des ovules de folliculine et glucose.

D'après Guillaumin, les germes pourraient utiliser pour se garantir contre l'acidité vaginale, de la protection du sang des règles; cette opinion semble discutable.

Gæhlinger pense que le colibacille qui est capable de vivre dans des milieux simples, tels que les urines non purulentes ou des bouillons faiblement nutritifs, peut se développer à plus forte raison dans un milieu aussi complexe que sécretions vaginales normales et surtout pathologiques. L'expérience prouve qu'elles peuvent constituer, en dehors de toute modification du pH un terrain de culture assez facile pour les germes intestinaux. Les germes qui envahissent le vagin peuvent donc y vivre et s'y développer.

2° Mode de vie des malades.

La colibacillose peut être exaltée par le froid, les chocs physiques (ouvrières d'usines), les chocs moraux. C'est la

sédentarité surtout qui, pour Pierra, explique la plus grande fréquence de ces affections dans un certain milieu social. « Et l'expérience de chaque jour nous montre que « ces infections sont d'autant plus nombreuses et d'autant « plus intenses que, de par le monde auquel elle appar- « tient, le genre de vie qu'elle a adopté, la profession « qu'elle exerce, la malade est plus sédentaire. »

3° Facteurs biologiques.

Pourquoi les germes pathogènes qui se trouvent en permanence au niveau de la muqueuse intestinale ne passent-ils pas dans les fentes lymphatiques largement béantes contre lesquelles ils sont plaqués ?

Le docteur Baguet, de l'Institut Pasteur d'Alger, croit que ce sont les phénomènes de tension superficielle qui les font adhérer à la paroi et les empêchent de franchir les espaces lymphatiques. Les variations de la tension superficielle seraient conditionnées par les variations du taux de la bile. Ce seraient donc les variations de la tension superficielle qui permettraient le passage des germes dans la circulation lymphatique.

Pour le professeur Vincent, ce seraient les variations de la teneur en savon du milieu intestinal. Il a montré en effet que, mis en présence de la toxine du colibacille, les savons biliaires : oleate, palmitate et manganate de soude contenus dans la bile, absorbent, fixent et inhibent les effets nocifs du colibacille. Les troubles de la motilité intestinale, les anomalies du colon (dolicho ou méga-colon) entraînent une congestion recto-sigmoïdienne chronique et une desquamation de la muqueuse intestinale.

Cette cause s'ajoute aux précédentes et une thérapeutique hépatique sera salutaire dans ce syndrome entero-génital; mais il faudra aussi favoriser la restitution *ad* integrum de la muqueuse intestinale.

C. - **Fréquence :**

Suivant les statistiques des différents auteurs, la fréquence des infections génitales à coli et enterocoques est très variable.

Colaneri : 95 %.

Pierra : 50 %. Quatre-vingt seize fois sur 184 cas.

Coli seul	15 cas
Coli + staphylo	33 cas
Coli + entero	27 cas
Coli + gono	14 cas
Coli + divers	7 cas

Schill : 33,8 %. Vingt-et-une fois sur 62 cas.

Coli + entero	11 cas
Coli seul	7 cas
Entero seul	3 cas

Poincloux : 26,6 %. Quarante-deux cas sur 152 examens.

Francellou-Lobre : 22,7 %. Dix fois sur 44.

Mlle Feighine : 8 %.

Guillemin : 6 % sur 300 cas.

Des variations allant de 95 % à 6 % sont trop importantes pour se faire une opinion.

Nous avons fait, dans le service de clinique gynécologique de Monsieur le Professeur agrégé Magendie, une statistique portant sur les années 1947 et 1948.

Sur 151 cas de metro-annexite qui ont été examinés au point de vue de la bactériologie des pertes cervicales, nous avons trouvé les résultats suivants :

Colibacille isolé ou très nettement prédominant : 32 cas.

Colibacille et enterocoque : 13 cas.

Enterocoque : 12 cas.

Colibacilles associés à d'autres germes et non prédominants : 6 cas.

Soit 63 *cas sur* 151 *examens. C'est-à-dire* 41,5 %.

IV. - **PATHOGENIE**

Les voies de l'infection :

Par quelles voies les microbes intestinaux peuvent-ils gagner l'appareil génital ?

1° Voie directe intra-péritonéale.

Etat normal

D'après Princeteau, il existe une communication entre le tissu cellulaire du meso-sigmoïde et celui du meso-salpinx gauche.

Reymond pense que le colibacille peut pénétrer dans les organes voisins à travers la cavité péritonéale plus ou moins virtuelle.

Etat pathologique

Les germes peuvent cheminer à travers les adhérences d'origine inflammatoire (J.-L. Faure et Pozzi, Lardenois et Silhol). Schil admet cette théorie et considère « qu'il est « nécessaire, pour avoir une guérison durable, de supprimer le contact plus ou moins étendu qui peut exister « entre les organes génitaux et la portion pelvienne de « l'intestin et de libérer les adhérences s'il en existe ».

Les preuves de ce passage sont assez fragiles. Becart et Colaneri ont trouvé du colibacille en ensemençant des fragments de ces adhérences et aussi sur les frottis faits sur le ligament large, le dôme utérin. Mme Clavel a mis du coli en évidence, par la culture dans les tissus cicatriciels d'une éventration après opération d'appendicite.

Moins heureux qu'eux sur une dizaine de prélèvements

lors de laparatomie, nous n'avons pas eu un résultat positif.

Heitz-Boyer estime que cette voie de passage est possible mais exceptionnelle; nos quelques constatations bactériologiques négatives nous font jusqu'ici partager tout à fait son opinion.

2° Voie ascendante, muqueuse.

Les germes rectaux peuvent infecter directement le vagin. Chez les multipares à vagin béant, dont le périnée a été largement déchiré au cours des accouchements, cette contamination directe serait la règle.

Pierra admet cette voie comme la plus fréquente en s'appuyant sur le fait que dans les voies génitales féminines on rencontre des œufs d'oxyures et d'autres parasites qui ont emprunté ce même chemin.

Notre maître, M. le Professeur agrégé Magendie considère également que l'infection directe de la vulve par les germes intestinaux est assez fréquente et dépend d'une mauvaise hygiène de la défécation. Cette infection est en effet déterminée par des ensemencements répétés et presque quotidiens chez les femmes qui, après la défécation, s'essuient l'anus « par devant », souillant ainsi plus ou moins les voies génitales basses. Au contraire, celles qui font leur toilette « par derrière », dans l'attitude qui a valu au muscle grand dorsal le nom « *d'ani tersor* » éloignent les germes anaux de la région génitale et on ne peut chez elles, incriminer cette importante source d'infection.

3° Voie sanguine.

Il est exceptionnel qu'une hémoculture puisse mettre en évidence l'existence d'une septicémie à colibacilles. Cependant l'infection colibacillaire peut se faire par voie sanguine et ce mode de contamination a été mis en lumière par Fisch. Les germes étant ensuite éliminés par

l'appareil urinaire, nous les avons recherchés systématiquement dans les urines par un examen cytobactériologique.

4° Voie lymphatique.

Apparait comme le plus vraisemblable pour M. le Professeur Guillaumin, Ezes et Gares. Les vaisseaux blancs charient les germes qui, par leur nombre et leur virulence, ont déterminé des lésions de la muqueuse intestinale. La propagation peut être effectuée par voie lymphatique de voisinage, mais aussi par les lymphatiques de néo-formation se trouvant dans des adhérences pathologiques dont ils constituent la charpente.

D'après Monsieur le Professeur G. Dubreuil, il existe un vaste réseau lymphatique au niveau de l'ampoule tubaire. Les fentes lymphatiques absorbent la sérosité péritonéale abondante lors de l'ovulation; ainsi est constitué un courant qui transporte l'ovule mais qui pourrait très bien aussi transporter les germes qui ont traversé une barrière intestinale momentanément perméable.

V. - ETUDE BACTERIOLOGIQUE.

Depuis que nous étudions ce sujet, nous avons nous-mêmes pratiqué des examens et ensemencements avec identification des germes sur 40 malades (depuis le 1er janvier 1949).

Nous avons adopté la technique suivante :

Tous les prélèvements ont été pratiqués avec un spéculum stérile; un écouvillon stérile était porté dans le col utérin et les secrétions ensemencées immédiatement sur gélose inclinée, placée aussitôt dans une étuve à 37°.

Avec un autre écouvillon stérile nous pratiquions un étalement sur lame.

Pour chaque prélèvement, les recherches classiques ont été effectuées : gram,

culture et séparation sur gélose

Pour quelques-uns : fermentation des sucres,

action sur rouge neutre.

Ces recherches ont été effectuées dans le laboratoire de l'hôpital André-Boursier avec la collaboration dévouée de Madame Barge et dans le laboratoire de Monsieur le docteur Moureau, qui a bien voulu diriger nos efforts : nous tenons à le remercier ici très respectueusement.

Sur les 50 malades, nous avons retrouvé 22 fois les microbes intestinaux, soit 55 % des cas.

Ils se décomposent ainsi :

Coli seul	10 cas
Coli + entero	5 cas
Entero seul	4 cas
Coli + gono	2 cas
Coli + strepto	1 cas

Le prélèvement est pratiqué dans le canal cervical, il donne donc, pour les cervicites, une indication formelle.

Mais le germe est-il le même au niveau des trompes ?

Dans plusieurs hystérectomies nous avons pu vérifier l'identité des germes au niveau du col et de la trompe. Il nous paraît vraisemblable que lorsque le colibacille et l'entérocoque prédominent nettement dans la flore cervicale c'est encore eux qui sont en cause au niveau des trompes.

Il aurait été intéressant de savoir si le colibacille infectant l'appareil génital se retrouvait parmi les constituants de la flore fécale du sujet. Lucienne Corre, dans sa thèse, a démontré que c'est bien un colibacille intestinal qui vient se fixer au niveau des voies urinaires. Le problème est complexe à cause de l'extrême multiplicité des types de colibacilles; il n'a pas sa place dans ce modeste ouvrage. Nous pensons cependant qu'il y aurait un grand intérêt à traiter cette question.

VI. - **ETUDE CLINIQUE**

En commençant l'étude clinique nous tenons à signaler un point essentiel : *l'absence de tout signe pathognomonique* quelle que soit la localisation du colibacille sur les trompes, sur l'endomètre ou sur le col.

Comment se présentent ces malades ?

Les femmes viennent à la consultation pour une *leucorrhée tenace, persistante, ayant résisté aux traitements habituels;* pour des *douleurs* siégeant dans le bas-ventre avec une sensation continuelle de pesanteur, douleurs s'exacerbant à la fatigue, le soir après une journée de travail; pour des pertes de sang entre les règles, qui deviennent parfois douloureuses et parfois aussi moins abondantes.

Ce sont des femmes jeunes, en général entre 18 et 40 ans, amaigries et pâles, se plaignant de *lassitudes continuelles*, accusant de la fatigue au moindre effort, avec de temps en temps une *élévation thermique passagère*.

Cet état d'asthénie n'est souvent que momentané, mais il se répète fréquemment, la tension artérielle a une maxima aux environs de 10.

La migraine, les douleurs dans la nuque, *les algies diverses*, rendent ces femmes *irritables;* elles ont une nette tendance aux idées noires, tout travail intellectuel est également impossible.

Leurs maux cèdent quelquefois pour un temps, mais réapparaissent rapidement, les alternatives d'amélioration et de rechute désespèrent les malades.

Interrogatoire :

Nous faisons toujours préciser deux points :

a) Appareil digestif.

Il s'agit de malades dont l'intestin, et en particulier le colon est depuis longtemps troublé dans son fonctionnement. Ce sont des constipées chroniques, certaines depuis leur enfance, malgré les laxatifs que l'on n'a jamais cessé de leur prodiguer ; constipation opiniâtre, tenace, avec rareté des évacuations, celles-ci se produisant à des intervalles de deux à trois jours, ou bien une semaine. Même si les garde-robes sont quotidiennes, l'intestin reste rempli et ne se vide que par regorgement, et l'examen des selles nous l'indique : petit volume, sous la forme d'un boudin étroit ou de petites billes analogues à des crottes de chèvres, coloration foncée ou quelquefois couleur grisâtre en cas d'insuffisance biliaire.

D'aucunes se disent eutéritiques, d'autres présentent des alternatives de diarrhée et de constipation. Beaucoup se plaignent de digestions difficiles, de balonnement intestinal, de flatulence, de spasmes intestinaux douloureux. Leur langue reste blanche, un état nauséeux presque continuel les tient allongées. Ce sont des anxieuses et des déséquilibrées vago-sympathiques.

L'examen de l'appareil digestif montre souvent un cadre colique dur et douloureux. La palpation provoque des gargouillements dans la région cœco-colique, indice de fermentations et d'aérocolie. Souvent il existe un point de Mac-Burney et un point de Murphy, cela ne doit pas nous étonner car l'appendice et la vésicule biliaire sont de véritables réservoirs de germes.

b) Appareil urinaire.

Quelques malades se plaignent de troubles vésicaux et

urétraux : cystalgie, pollakiurie, dysurie, soit constants, soit survenant par crises. Mais là se bornent le plus souvent les phénomènes observés du côté urinaire et le rein reste indemne car il s'agit en réalité d'une élimination de microbes de virulence fortement atténuée et qui ne sont plus pathogènes (Schil). L'urine jouant simplement le rôle d'une véritable « chasse d'eau » (Colanéri) qui transporte au dehors les colibacilles et les enterocoques.

Ces décharges microbiennes ne sont pas régulières ni constantes, mais se produisent de façon intermittentes. Au moment des décharges, les urines sont troubles et contiennent du colibacille, de l'entérocoque, des cellules de desquamation.

L'examen de l'appareil urinaire ne montre aucun point douloureux rénal ou uretéral. On voit assez fréquemment un urètre rougeâtre, plus ou moins entr'ouvert, les glandes de Shène sont indemnes, leur pression n'amène pas de pus.

Souvent cette « étape urinaire » (Colanéri) semble, d'après nos observations, faire défaut, ou du moins rien ne permet d'en affirmer l'existence. C'est ainsi que, dans nombre de cas où nous avons recherché le colibacille à la fois dans les urines et dans les sécrétions cervico-utérines, nous avons pu constater sa présence dans celles-ci, alors qu'il manquait dans les premières. Ainsi nous nous séparons un peu de Colanéri en pensant que le syndrome entéro-génito-urinaire peut parfois être remplacé par le syndrome entéro-génital.

Examen génital :

Cervicite.

Elle est caractérisée par des pertes glaireuses, visqueuses, jaunes grisâtres, malodorantes la plupart du temps. Les malades les comparent aux sécrétions d'un rhume de

cerveau. Elles sont d'une *ténacité désespérante*, les traitements habituels en font diminuer la quantité, mais quelques temps plus tard, à l'occasion d'une fatigue ou sans cause apparente, elles reprennent.

Le col est généralement gros, bosselé, déchiré à lèvres irrégulières avec des saillies plus ou moins volumineuses. Mais dans bien des cas, chez les nullipares, le toucher vaginal ne permet pas de constater les lésions que montrera le spéculum.

Au spéculum nous pourrons avoir deux aspects :

a) Un col paraissant sain, le museau de tanche ayant son aspect habituel et sa coloration normale. Mais on voit sourdre par son orifice une goutte de ce pus jaune grisâtre, filant, caractéristique, ne s'essorant pas facilement.

b) Le plus souvent on observe autour de l'orifice cervical une surface dépolie, rouge vif, à peu près circulaire, occupant la partie la plus saillante du museau de tanche, ses contours sont assez réguliers et se continuent avec le reste de la muqueuse cervicale. Cette surface est un peu granitée et saignotante.

Métrite.

D'après nos observations, il semble que la cervicite soit la forme la plus habituelle de ces lésions génitales chroniques à colibacille, mais il n'y a pas de barrières infranchissables entre muqueuse du corps et du col. Pierra considère l'endométrite comme habituelle.

Les pertes sont de préférence très abondantes, remplissant la cavité vaginale quand on place un spéculum, liquides, s'essorant facilement, blanc-grisâtres, sans odeur particulière, renfermant parfois quelques filets de sang. Elles présentent un maximum un peu avant les règles, obligeant les malades à se garnir.

Les douleurs moins constantes que la leucorrhée sont toutefois habituelles. Douleurs sourdes, s'irradiant vers le bas des reins, vers les articulations sacro-iliaques et l'arti-

culation sacro-coccygienne, vers la partie interne des cuisses. Leur interprétation est difficile car il existe presque toujours en même temps de la perimétrite.

Au toucher vaginal, le corps utérin est : augmenté de volume, dans une position intermédiaire, mais assez souvent rétroversé. En le palpant on détermine en général de la douleur, une brusque secousse des doigts vaginaux provoque une réaction très nette (paramétrite).

Annexite.

Ces annexites sont primitives, mais souvent aussi secondaires : annexites gonococciques ou puerpérales, dans lesquelles les microbes initiaux ont disparu.

Les pertes constituent une leucorrhée malodorante, soit épaisse, soit caillebotée, soit liquide très abondante.

La douleur est le symptôme dominant : elle siège dans la région des annexes, sur les côtés de l'utérus, au-dessus de l'aine, en arrière dans la région de la symphyse sacro-iliaque. Elle prédomine en général d'un côté, *souvent à gauche*. Les malades souffrent du bas des reins, du haut des cuisses. La douleur est exagérée par la fatigue ou les secousses (marche, travail, exploration médicale). Les rapports sont douloureux ou laissent dans le ventre une grande fatigue.

A l'examen elle est réveillée par une pression profonde exercée sur le bas-ventre, de chaque côté de l'utérus, au niveau des annexes. Mais c'est, nous semble-t-il, *surtout à gauche*, que la sensibilité est la plus grande.

L'exploration bimanuelle permet d'identifier deux sortes de lésions :

a) Les lésions peuvent être réduites au minimum, c'est ce que nous avons rencontré le plus souvent. On remarque un manque de souplesse; une induration ou même une simple douleur à la pression et à la mobilisation de l'utérus. Le cul de sac gauche est très souvent rencontré moins

profond et plus sensible. Nous avons là l'indice d'une inflammation des annexes très probable.

b) Nous pouvons avoir d'un seul côté, ou des deux, une masse péri-utérine, peu mobile, empâtée, douloureuse, de consistance variable : tantôt renitente, tantôt très ferme. Ces masses peuvent être accolées à l'utérus, semblant faire corps avec lui, et adhérer aussi aux parois pelviennes. C'est une véritable périmétro-salpingite. Marcel et Favre font, du reste, remarquer que « la salpingite à colibacilles « est le plus souvent une endosalpingite, mais que la péri- « salpingite se rencontre fréquemment à cause de l'affi- « nité du germe pour le tissu cellulaire. »

Evolution :

D'après Marcel et Favre, « La salpingite à microbe d'Es- « cherich évoluerait lentement, progressivement, sans « grand incendie. Dans sa forme primitive, elle paraîtrait « d'un pronostic fonctionnel moins mauvais que la salpin- « gite gonococcique : elle peut guérir sans obturation, sans « stérilité. »

DIAGNOSTIC

Il se posera, en pratique, avec deux affections :

1° Métro-annexite banale.

Les signes sont exactement les mêmes. Pour porter un diagnostic étiologique l'examen clinique à lui seul ne fournira pas de données suffisantes. On songera au colibacille et à l'entérocoque si les pertes sont malodorantes et tenaces et surtout si l'interrogatoire met en évidence des troubles intestinaux associés et prédominants.

2° Métro-annexite tuberculeuse.

Notre maître, le Professeur agrégé Magendie, souligne la ressemblance des deux affections : même début insi-

dieux, même état général déficient, même asthénie avec hypo-ovarie, même évolution capricieuse, avec possibilité de poussées aiguës, même inefficacité des traitements médicaux habituels.

Mais dans la métro-annexite colibacillaire la malade présente une constipation chronique opiniâtre, des ptoses viscérales diverses, des troubles intestinaux et vésicaux accentués et une *endocervicite* importante.

La cuti-réaction, la réaction de Vernes, la vitesse de sédimentation globulaire seront souvent utiles.

Dans les deux cas le *diagnostic est fait par la bactériologie* qui apporte une preuve de la présence des germes intestinaux au niveau du col.

En résumé : Nous voyons que la plupart du temps, ce ne sont ni les symptômes fonctionnels, ni les signes physiques de la métro-annexite proprement dite qui permettent de pressentir son origine colibacillaire ou enterococcique.

On y songera devant l'analyse des commémoratifs, la constatation de troubles intestinaux et, éventuellement, les troubles urinaires concomittants. Parfois l'attention sera attirée par le cortège des troubles généraux qui accompagnent habituellement les infections à colibacilles.

Mais, nous le répétons, *la seule base vraiment solide du diagnostic sera l'examen bactériologique bien fait et répété de la flore et de la cytologie cervicales.*

OBSERVATIONS PERSONNELLES (1)

Observation I.

Cervicite à colibacilles. Troubles intestinaux. Traitement triple (intestinal, local, général). Résultat excellent.

Mme L..., 22 ans, ménagère.

Entre dans le service, le 11 mars 1949 pour douleurs et pertes.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 11 ans; règles courtes et douloureuses ; deux grossesses ; pertes blanches depuis la puberté.

Histoire maladie : Depuis huit mois, se plaint de douleurs pelviennes bilatérales à type de pesanteur irradiées dans la région lombaire et la face interne des cuisses.

Pertes épaisses, grisâtres, fétides, très abondantes.

Examen : Bon état général.

— Toucher vaginal : col gros, fendu transversalement, utérus de volume normal, douloureux à la mobilisation ; culs de sacs : R. A. S.

— Spéculum : gros col, largement ulcéré, pertes grisâtres, très épaisses, abondantes.

— pH vaginal : 7.

— Prélèvement : très nombreux colibacilles, 50 par champ; culture et identification des germes : colibacille.

Appareil digestif : Constipation opiniâtre deux à dix jours sans exonération ; pas de parasitose ; pas de point de Murphy

(1) Malades que nous avons traitées dans le Service de Clinique gynécologique de l'hôpital André-Boursier.

pas de Mac-Burney.

Traitement : commencé le 16 mars.

— Intestinal : atropine, 1 mgr. ; talidine, 4 gr. durant cinq jours.

— Local : ovules au *Rufol.*

— Général : acide phosphorique, 0 gr. 50 par jour.

Résultats : Le 26 mars, pertes ont disparu ; intestin normalisé ; l'ulcération diminue, le prélèvement montre une absence complète de germes ; pH vaginal : 4,5.

Le 2 avril, sort du service, pas de pertes, pas de douleurs, Etat général excellent.

Observation II.

Cervicite à colibacilles et enterocoques. Traitement intestinal et général. Résultat : moyen.

Mlle B..., 19 ans.

Vient à la consultation pour douleurs lombaires, le 17 avril 1949.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 17 ans, tous les deux mois ; pertes depuis la puberté.

Histoire maladie : Depuis deux ans, ressent des douleurs lombaires venant le soir, à la fatigue. Présente à la même date des pertes liquides, grisâtres, non fétides.

Examen : Malade pâle, fatiguée, constipée chronique depuis l'enfance.

Appareil énital : Gros col en barillet ; utérus petit, rétrofléchi, douloureux à la mobilisation ; culs de sacs libres.

— Prélèvement : colibacilles en grand nombre, rares entérocoques.

— Spéculum : exocervicite légère.

— pH : 4,5.

Traitement : Intestinal, huile de paraffine, une cuillerée à soupe, le matin, à jeun ; *Talidine,* 5 gr. durant cinq jours.

— Local : pas de traitement.

— Général : acide phosphorique.

— *Le 7 avril* 1949 : persistance des douleurs lombaires ; plus de pertes ; constipation légère.

On ordonne du sulfate neutre d'atropine : 1 mgr. *pro die.*

— *Le 15 avril* 1949 : Etat général bien meilleur ; plus de pertes, bien que le travail ait été repris ; les douleurs lombaires ont diminué.

Prélèvement : Bacille de Doderlein, plus de germes intestinaux ; P.H. vaginal : 4,5.

Spéculum : L'exocervicite a régressé.

Observation III.

Cervicite à coli et trichomonas. Troubles intestinaux et urinaires. Traitement triple. Résultat bon.

Mme J..., 25 ans, ménagère.

Vient dans le Service pour prurit vulvaire et pertes jaunes-grisâtres, très abondantes, malodorantes.

Histoire maladie : Les pertes ont débuté à la naissance de son enfant, il y a quinze mois ; aussitôt après, le prurit a commencé.

Examen : Bon état général ; migraines ; caractère irritable; très ennuyée par les pertes.

Appareil génital : Rapports douloureux.

— Toucher : Col gros, un peu mou, le corps est de volume normal, antéfléchi.

— Spéculum : Col en mauvais état, ulcération très rouge.

— Prélèvement : Colibacilles ; présence de trichomonas ; pH : 6,5.

Appareil digestif : Constipation ; ventre ballonné au moment des règles.

Appareil urinaire : Colibacilles dans les urines.

Traitement : Intestinal : *Talidine,* atropine.

— Local : ovules et pommade au merfène.

— Général : Chlorure d'ammonium.

Résultats : Au bout de huit jours, les pertes ont diminué ; pas de constipation ; le col reste très rouge.

On continue l'atropine, le chlorure d'ammonium.

Observation IV.

Cervicite à colibacilles. Traitement triple. Bon résultat.

Mme L..., 23 ans, couturière.

Vient pour des pertes jaunes, abondantes.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans ; règles douloureuses ; depuis l'âge de 16 ans, pertes abondantes.

Histoire maladie : Depuis son mariage, les pertes sont devenues plus abondantes, empesant le linge ; non fétides.

Souffre souvent du bas-ventre, le soir.

Examen : Etat général excellent.

Appareil génital : Toucher vaginal : Col à orifice punctiforme ; utérus de volume normal ; culs de sacs souples.

— Spéculum : Légère exocervicite.

— Prélèvement : Coli en grande abondance.

Appareil digestif : Constipation depuis l'enfance, avec alternatives de diarrhée et de constipation au moment des règles ; léger météorisme abdominal ; cadre colique roulant sous doigts.

Traitement : Intestinal : Atropine 1 mgr.; *Talidine.*

— Local : Injections d'eau bouillie tiède.

— Général : Acide phosphorique.

Après trois semaines : Pertes ont diminué ; quelques gouttes seulement ; plus de constipation ; douleurs très atténuées ; on fait continuer, après un mois de repos, l'atropine et l'acide phosphorique.

Observation V.

Métrite à coli. Troubles intestinaux. Traitement intestinal et général. Résultat bon.

Mme M..., 36 ans, ménagère.

Vient pour douleurs et pertes.

Antécédents gynécologiques : Deux grossesses normales.

En 1946, commence à souffrir du ventre et à présenter des pertes abondantes ; traitée à plusieurs reprises par des ovules et des injections.

En 1948 : Vingt séances de diathermie, électrocoagulation : Amélioration très nette.

Examen : Malade pâle, fatiguée, n'ayant plus de goût au travail ; constipation légère depuis sa deuxième grossesse.

Appareil génital : Col fendu transversalement, utérus un peu gros et douloureux ; culs de sacs : R. A. S.

— Spéculum : Col déchiré, mais ne présente pas d'ulcération.

— Prélèvement : Assez nombreux colibacilles.

Traitement : Atropine, un demi-milligramme; *Talidine.*

— Général : Acide phosphorique, 0 gr. 50.

— Pas de traitement local.

Revue après vingt jours : Etat général nettement amélioré ; les pertes sont minimes ; ressent encore quelques douleurs ; selles quotidiennes.

Observation VI.

Cervicite avec réaction annexielle à entero. Traitement triple. Résultat excellent.

Mme C..., 34 ans, garde-barrière.

Entre dans le service le 7 juin 1949 pour pertes blanches.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 16 ans, régulièrement ; pertes blanches depuis la puberté ; grossesse en 1936 ; opérée en 1944, pour grossesse extra-utérine.

Histoire maladie : Depuis deux ans, les pertes sont très abondantes, jaunâtres, nauséabondes, empesant le linge, ayant résisté aux traitements habituels. Douleurs dans la région annexielle gauche.

Examen le 8 juin 1949 : Malade fatiguée, pâle, faisant péniblement son travail.

— Toucher : Col normal ; cul de sac gauche, un peu douloureux ; utérus augmenté de volume en position intermédiaire, douloureux à la mobilsation.

— Spéculum: Col légèrement ulcéré.

— Prélèvement : Entérocoque en grande quantité.

— pH vaginal : 6,5.

Appareil digestif : Constipation.

Appareil urinaire : Urines ne renfermant pas de germes ; pH : 7,8.

Le 22 juin 1949 : A la suite du traitement par atropine, Ganidan, chlorure d'ammonium, mèches au *Rufol*, les douleurs ont disparu, les pertes sont moins abondantes, non fétides.

pH urinaire : 5,5.

pH vaginal : 4,5.

Sort guérie du Service.

Observation VII.

Cervicite avec réaction annexielle à coli et entero. Traitement triple. Bon résultat.

Mlle L..., 25 ans, bonne à tout faire.

Entre dans le Service le 10 juin 1949, pour pertes et dysmenorrhée.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans ; règles très irrégulières et douloureuses ; pertes blanches depuis un an environ.

Histoire maladie : Depuis quelques jours, souffre du côte gauche plus fortement que de coutume ; les pertes sont abondantes, blanchâtres, tirant sur le gris, non fétides. Dysmenorrhée obligeant la malade à s'aliter.

Examen, le 11 juin 1949 : Paraît en bon état général.

— Toucher : Col de volume normal, un peu mou, utérus un peu augmenté de volume, antéfléchi ; culs de sacs douloureux, surtout à gauche.

— Spéculum : Col présentant une légère exocervicité.

— Prélèvement : Assez nombreux entérocoques, quelques coli.

— pH : 5.

Appareil digestif : Malade légèrement constipée.

Appareil urinaire : Aucun trouble, pas de germe, pH : 5,5.

Traitement : Intestinal : Atropine, 1 mgr. ; ganidan : 5 gr. pendant quatre jours.

— Local : Mêches au *Rufol.*

— Général : Chlorure d'ammonium, 3 gr. *pro die.*

Résultats : Les pertes diminuent en quantité, ne souffre plus ; la constipation est guérie ; l'exorcivite est guérie ; pH vaginal : 4 ; pH urinaire : 5.

Observation VIII.

Cervicite avec réaction annexielle. Troubles intestinaux. Traitement triple. Bon résultat.

Mme B..., 27 ans, manutentionnaire.

Rentre dans le Service, le 5 avril 1949.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 12 ans, régulièrement ; grossesse en 1948 ; constipation opiniâtre depuis l'enfance.

Histoire maladie : Depuis trois mois présente des douleurs à type de torsion dans la fosse iliaque gauche ; douleurs accompagnées de pertes jaunâtres abondantes.

Examen le 6 mars 1949 : Malade fatiguée, amaigrie, présentant un état subfébrile et des sueurs nocturnes.

— Toucher : Col avec une lèvre antérieure tapiroïde ; corps un peu gros, douloureux à la mobilisation ; culs de sacs empâtés ; annexe gauche douloureuse.

— Spéculum : large surface rouge et ulcère.

Traitement : Pénicilline : 300.000 unités durant six jours : tétrasulfamide de 8 gr. à 4 gr. à doses dégressives.

Résultat : L'état général est stationnaire, l'annexe est moins douloureuse, l'utérus est revenu à un volume normal. Les pertes sont abondantes.

— Prélèvement : Colibacilles.

— pH : 7.

Le 29 avril, on commence notre traitement, en vingt jours environ les pertes ont cessé, ainsi que les douleurs, l'ulcération a très nettement regressé. L'état général est satisfaisant. pH vaginal : 5.

Sort du Service en bonne voie de guérison.

Observation IX.

Cervicite avec résection annexielle. Troubles intestinaux. Traitement triple. Bon résultat.

Mme M..., 18 ans, ménagère.

Entre dans le service le 25 avril 1949 pour pertes et douleurs.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans, régulièrement. Deux grossesses : 1948-1949 ; le 26 mars, appendicectomie.

Histoire maladie : Depuis son accouchement, pertes fétides, blanchâtres, épaisses abondantes. Douleurs et pesanteurs abdominales.

Examen : Faciès un peu pâle, fatigue générale, bon appétit, très constipée.

— Toucher : Col gros, fendu transversalement, corps légèrement augmenté de volume en position intermédiaire. Cul de sac gauche empâté très douloureux.

— Spéculum : Gros col, largement ulcéré, saignant au contact.

— Prélèvement : Nombreux entéro, quelques coli ; pH : 6.

Traitement : Intestinal : Atropine 1 mgr. ; ganidan, 5 gr. durant quatre jours.

— Local : Mèches de *Rufol.*

— Général : Acide phosphorique.

— Diathermie : Dix séances.

Le 28 mai : Très bon état général, ne souffre plus, ne présente plus de pertes. Aucun germe au niveau du col ; constipation guérie. Exocervicité en bonne voie de guérison. Sort du Service, on recommande de surveiller la constipation.

Observation X.

Cervicite avec réaction annexielle. Troubles intestinaux. Traitement triple. Résultat excellent.

Mme G..., 29 ans, bonnetière.

Vient le 17 mars 1949, pour douleurs abdominales et pertes.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans ; deux grossesses ; depuis l'âge de 16 ans, pertes jaunes, abondantes, fétides, disparaissant pour un temps, puis réapparaissant quelques mois après.

Examen : Malade fatiguée, très pâle, présentant des céphalées, un dégoût du travail, frigidité.

— Toucher vaginal : Col décliné avec un nodule douloureux ; corps un peu gros ; cul de sac droit douloureux.

— Spéculum : Col fendu tranversalement, avec une ulcération rouge vif très importante.

— Prélèvement : Colibacilles, 30 par champ.

— P.H. vaginal : 7.

Appareil digestif : Malade constipée, avec, au moment des règles, de la diarrhée. Point de Murphy douloureux.

Traitement : Intestinal : Atropine 1 mgr. 1/2.

— Local : Ovules *Rufol,* 1 par jour.

— Général : Acide phosphorique, 1 gr. par jour.

Le 3 avril 1949 : Malade se sent en excellent état général, ne souffre plus, travaille sans fatigue ; frigidité a disparu localement : Col en voie de guérison ; pertes à peine perceptibles ; plus de germes.

— pH vaginal : 4,5.

On fait continuer le même traitement durant dix jours. On recommande de surveiller la constipation.

Observation XI.

Cervicite avec réaction annexielle à entéro. Troubles intestinaux. Traitement triple. Electrocoagulation. Résultat moyen.

Mme K..., 35 ans, lingère.

Rentre dans le service le 19 février 1949 pour douleurs et pertes.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 17 ans, depuis ce moment, pertes blanches abondantes ; 20 ans, blennorragie soignée en Espagne ; six grossesses dont trois gémellaires.

Examen : Malade pâle ; asthénie ; céphalée ; désespérée par les douleurs et les pertes qui ne cèdent pas aux traitements.

Appareil génital : Toucher : gros col, corps antéfléchi douloureux; cul de sac gauche empâté et très douloureux.

— Spéculum : Col violacé, orifice ulcéré, très déchiré.

— Prélèvement : Pas de gonocoques même après réactivation ; très nombreux entérocoques.

— pH : 6,5.

Appareil digestif : Malade entéritique ; diarrhée abondante ; présence d'oxyures dans les selles.

Traitement le : 5 mars 1949.

— Intestinal : santonine durant trois jours, puis stovarsol durant trois jours, ensuite Talidine durant cinq jours.

— Local : Mèches de *Rufol.*

— Général : acide phosphorique.

— *Le* 15 *mars* 1949 : état général amélioré, plus de pertes, pas de douleurs, le col reste très rouge, l'ulcération ne guérit pas, absence de germes, plus de diarrhée, pH : 5 ; on pratique une électrocoagulation légère.

— *Le* 22 *mars* 1949 : l'eschare est tombée, malade sort en excellent état général.

On prescrit : ovules de *Rufol,* traitement de l'état général par l'acide phosphorique.

Observation XII.

Annexite à coli. Troubles intestinaux et urinaires. Traitement triple. Bon résultat.

Mme V..., Christiane, 24 ans, couturière.

Entre dans le Service le 18 mars 1949, pour douleurs et pertes.

Histoire maladie : Depuis un mois, pertes jaunes-grisâtres, fétides, peu abondantes. Douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Antécédents gynécologiques : 1948, opérée pour grossesse extra-utérine ; salpingectomie droite.

1949, au mois de janvier, commence à souffrir dans la région annexielle gauche.

Examen : Bon état général ; pas de température ; constipation opiniâtre.

Appareil génital : Toucher : Col à pourtour ramolli, utérus en antéversion, de volume normal, induration du cul de sac gauche, masse annexielle douloureuse au toucher.

— Prélèvement : Nombreux colibacilles ; pH : 4,5.

— Spéculum : Col un peu gros, ulcération de moyenne importance.

Appareil urinaire : Colibacilles dans les urines.

Traitement le 21 *mars* 1949 *:*

— Intestin : Atropine, *Talidine.*

— Local : Ovules au *Rufol.*

— Urinaire : Comprimés de Rufol.

Le 7 avril 1949 : Les pertes ont disparu, l'ulcération est en partie guérie ; au toucher, la masse annexielle n'est plus perceptible ; le prélèvement montre du Doderlein.

Revient le 17 juin 1949 : Revient pour douleurs. L'ulcération du col est entièrement guérie ; le prélèvement montre du Doderlein ; au toucher, les culs de sacs sont libres et dépressibles ; seule, la cicatrice opératoire est douloureuse. On commence un traitement de diathermie.

Observation XIII.

Annexite à coli et entéro. Germes dans les urines. Résultat passable. Appendicectomie.

Mme H... Madeleine, 40 ans.

Rentre pour pertes, douleurs, point de Mac Burney très net.

Histoire maladie : A eu une crise aigüe d'appendicite soignée par repos et glace. La température a oscillé aux environs de 39° ; nausées.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans ; trois crises de colibacillose urinaire ; grossesse en 1943.

Examen : Malade pâle, fatiguée, amaigrie, très constipée.

Appareil génital : Toucher, col normal, utérus antéfléchi très dur, cul de sac droit très douloureux avec petite masse annexielle.

— Spéculum : Col à orifice punctiforme ; pertes blanc-grisâtres, très abondantes.

— Prélèvement : Très nombreux entérocoques, quelques colibacilles.

Appareil urinaire : Colibacilles dans les urines.

Traitement le 19 mars 1949 :

— Intestin : *Talidine* durant cinq jour ; atropine et huile de paraffine.

— Local : Ovules et mêches de *Rufol.*

— Terrain : Acide phosphorique.

Le 28 mars 1949 : Amélioration, plus de constipation, pas de pertes, mais douleur nette au point appendiculaire.

Le 4 avril 1949 : Intervention ; appendicectomie : appendice paraît sain ; ovaire droit kystique.

Le 25 mai 1949 : Sort guérie.

OBSERVATION XIV.

Annexite à colibacilles. Germes dans les urines. Traitement triple. Résultat nul.

Mme F..., 50 ans, ménagère.

Vient pour pertes abondantes, vaginisme, douleurs à la miction.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 16 ans ; pas de grossesse ; pertes épaisses, verdâtres, plus ou moins abondantes suivant qu'elle fait ou non un traitement.

Examen le 15 mars 1949 : Malade fatiguée, pâle, amaigrie, céphalées.

Appareil génital : Toucher : Col un peu gros, ramolli, utérus augmenté de volume, douloureux à la mobilisation, antéfléchi, culs de sacs douloureux, surtout à droite.

— Spéculum : Très difficile à introduire à cause des douleurs, col ulcéré.

— Prélèvement : Colibacilles en très grand nombre.

— pH : 5.

Appareil digestif : Malade douloureuse du ventre depuis l'enfance ; alternatives de constipation et d'entérite ; ne supporte presque aucun aliment.

Appareil urinaire : Douleurs intenses à la miction, urines troubles ; nombreux colibacilles ; pH : 6,5.

Traitement : Intestinal : *Ganidan*, charbon et bismuth.

— Local : Ovules de *Rufol*.

— Urinaire : *Rufol* en comprimés.

— Général : Acide phosphorique.

Le 18 avril 1949 : Aucun résultat, le charbon et le bismuth ont constipé la malade. Présence de colibacilles dans les sécrétions cervicales et les urines. On recommence le même traitement.

Le 20 juin 1949 : Les pertes sont moins abondantes, mais le colibacille est présent dans les urines et le col ; pH vaginal : 5 ; urinaire : 5,5.

Observation XV.

Annexite à coli + strepto. Troubles intestinaux. Résultat moyen.

Mme L... Adrienne, bonne à tout faire, 25 ans.

Vient pour pertes et douleurs, le 20 juin 1949.

Histoire maladie : Depuis son accouchement, en novembre 1948, la malade présente des pertes jaunes très abondantes. Les douleurs ont apparu en mars 1949 ; siègent surtout à droite.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 11 ans ; pertes dès la puberté ; grossesse en 1948 ; troubles hépatiques ; suites de couches normales.

Examen le 20 juin 1949 : Malade très fatiguée ; langue blanche ; très constipée, selles tous les six à huit jours.

Appareil génital : Toucher : Gros col, un peu mou, corps antéfléchi, dévié à gauche ; cul de sac gauche empâté, douloureux ; rectum bourré de matières.

— Spéculum : Gros col avec plaques érythémateuses.

— Prélèvement : Nombreux colibacilles ; quelques streptocoques. pH : 6.

— Urines : pH : 6,5 ; pas de germes.

Traitement le 22 juin 1949 :

Intestin : Atropine, *Ganidan.*

— Local : Ovules de *Rufol.*

— Terrain : Chlorure d'ammonium.

Résultats : Etat général satisfaisant, le col reste un peu rouge, les pertes ont nettement diminué ; plus de germes au niveau du col ; plus de constipation ; le cul de sac gauche n'est plus douloureux.

Observation XVI.

Annexite à coli, troubles intestinaux. Traitement triple. Excellent résultat.

Mlle M... Pierrette, 19 ans, ménagère.

Vient pour pertes et douleurs.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 17 ans, à la même époque, pertes jaunes, épaisses, avec augmentation, au moment des règles

Soignée par la pénicilline, à Niort.

Depuis le mois de mars, règles abondantes et irrégulières. Douleurs, surtout à droite.

Examen le 16 *juin* 1949 : Malade en bon état général, mais très fatiguée, anorexie.

Appareil génital : Toucher : Col petit, corps en position intermédiaire, attiré à droite, cul de sac droit peu profond, très douloureux.

— Spéculum : Col petit, violacé, orifice punctiforme, pertes grisâtres, épaisses, fétides, abondantes.

— Prélèvement : Très nombreux colibacilles. pH : 6.

Appareil digestif : Constipation opiniâtre depuis l'enfance.

Appareil urinaire : Pas de germes dans les urines. pH : 6,5.

Traitement le 18 *juin* 1949 :

— Intestin : Atropine ; *Ganidan.*

— Local : Mèches de *Rufol.*

— Général : Chlorure d'amonium.

Le 27 *juin* 1949 : Les pertes sont moins abondantes, les douleurs ont disparu ; plus de germes au niveau du col ; l'état général est excellent ; pH vaginal : 4,2.

Observation XVII.

Annexite à coli. Constipation opiniâtre. Traitement triple. Résultat nul.

Mme L..., 28 ans, cultivatrice.

Rentre le 20 mai 1949 pour annexite gauche.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 17 ans, à la même époque, pertes blanches, très abondantes, fétides. Douleurs sourdes dans le bas-ventre.

Trois grossesses normales.

Histoire maladie : Depuis le mois de mai, les pertes sont plus abondantes, les douleurs plus fortes, souffre aux rapports.

Examen : Malade fatiguée, un peu pâle, constipée opiniâtre.

Appareil génital : Toucher : Col à orifice déchiré ; corps en position intermédiaire, légèrement augmenté de volume, douloureux ; cul de sac gauche douloureux, empâté avec masse annexielle douloureuse.

— Spéculum : Col de volume normal, congestif, avec un léger ectropion.

— Prélèvement : Colibacilles ; pH : 5,6.

Appareil urinaire : Pas de germes ; pH, 6,8.

Traitement le 24 *mai* 1949 :

— Intestinal : Atropine, *Ganidan.*

— Local : Ovule de *Rufol.*

— Général : Chlorure d'ammonium.

Le 3 *juin* 1949 : Les pertes ont disparu ; plus de constipation ; le prélèvement montre du bacille de Doderleim ; les douleurs subsistent, on commence diathermie.

Le 16 *juin* 1949 : Douleurs persistent, pertes reprennent, pas de constipation si la malade prend de l'atropine. On décide de faire des infiltrations des culs de sacs.

Observation XVIII.

Annexite à coli et entéro. Troubles intestinaux. Traitement triple. Résultat moyen.

Mlle I... Jacqueline, 18 ans.

Entre pour douleurs et pertes.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans ; règles douloureuses ; soignée en octobre 1948 dans le service pour annexite gauche par diathermie et infiltrations.

Histoire maladie : Revient dans le Service car les pertes blanches, abondantes, épaisses, fétides ont réapparu ; douleurs à la fatigue.

Examen le 30 *mai* 1949 : Fatiguée, faciès pâle, légère anorexie ; constipée (selles tous les deux à trois jours).

— Toucher : Col gros, un peu mou ; corps en position indifférente, augmenté de volume, douloureux ; cul de sac droit empâté ; cul de sac gauche très douloureux.

— Spéculum : Col boursouflé, à orifice punctiforme, pas de cervicite.

— Prélèvement : Entérocoques nombreux ; quelques colibacilles.

— pH vaginal : 7.

Appareil urinaire : Pas de germe ; pH : 4,5.

Traitement : Intestinal : Atropine ; *Ganidan.*
— Local : Mèches de *Rufol.*
— Général : Chlorure d'ammonium.

Résultats : Malade souffre moins, son état général est meilleur, les pertes ont disparu ; plus de constipation. On continue un traitement par atropine et chlorure d'ammonium.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATIONS	LÉSIONS	GERMES AU NIVEAU DU COL	GERMES DANS LES URINES	CONSTIPATION	pH VAGINAL		pH URINAIRE		RÉSULTATS
					avant	après	avant	après	
I	cervicite	colibacilles	0	+++	7	4,5	—	—	Excellent
II	cervicite	coli + entero	—	+++	4,5	4 5	—	—	Moyen
III	cervicite	colibacilles trichomonas	colibacilles	++	6,5	5	—	—	Bon
IV	cervicite	colibacilles	—	++	—	—	—	—	Bon
V	métrite	colibacilles	—	+	—	—	—	—	Bon
VI	cervicite avec réaction annexielle	entéro	0	++	6,5	4,5	7,8	5,4	Excellent
VII	»	entéro + coli	0	+	5	4,2	5,5	5	Bon
VIII	»	colibacilles	—	+++	—	—	—	—	Bon
IX	»	entéro + coli	—	+++	6	—	—	—	Bon
X	»	colibacilles	0	+++	7	4,5			Excellent
XI	»	entéro	0	diarrhée	6,5	5	—	—	Moyen
XII	annexite	colibacilles	colibacilles	+++	4,5	4,5	—	—	Bon
XIII	annexite	entéro + coli	colibacilles	+++	—	—	—	—	Passable
XIV	annexite	colibacilles	colibacilles	diarrhée	5	5	6.5	5,5	Nul
XV	»	coli + strepto	0	+++	6	4,5	6.5	—	Moyen
XVI	»	colibacilles	0	+++	6	4,2	6,5	6	Excellent
XVII	»	colibacilles	0	+++	6,8	5	5,6	5	Nul
XVIII	»	entéro + coli	0	++	7	5	—	—	Moyen

OBSERVATIONS

qu'a bien voulu nous communiquer notre Maître,

M. le Professeur Agrégé Magendie.

Observation XIX.

Mme M..., 45 ans.

Depuis 15 ans, pertes blanches ; a fait une cure à Luz-Saint-Sauveur. Traitée à plusieurs reprises pour cervicite et métro-annexite.

Pas de constipation, pas d'hygiène défectueuse de la défécation.

Examen le 13 *décembre* 1948 : Gros col ulcéré, pertes verdâtres, séro-purulentes, abondantes ; utérus mobile ; culs de sacs libres ; traitée par la diathermie.

Le 11 *février* 1949 : Va mieux, mais les pertes sont abondantes ; prélèvement : Assez nombreux poly altérés, rares bacilles type coli et entérocoque, un à deux par champs.

Traitement : Intestinal : *Rufol.*

— Local : Ovules de *Rufol.*

Le 4 *mars* 1949 : Pertes moins abondantes, glaire transparente, col normal ; prélèvement : absence de germe. On donne un traitement par charbon, acide lactique.

Le 16 *mai* 1949 : Rechute, le col est légèrement exulcéré à son pourtour et saigne facilement.

Prélèvement : Assez nombreux poly altérés, nombreux coli, cinquante par champs ; quelques entérocoques.

Notons que la malade, qui exerce la profession de bouchère se surmène beaucoup et fait mal son traitement, ce qui explique une rechute après la rapide amélioration du début.

Observation XX.

Mme D... Lucette, 23 ans.

Vient pour petites pertes de sang, huit jours après les règles;

traitée pour métrite du col il y a deux ans et demi.

Deux grossesses ; colibacillose durant les grossesses.

En 1948, poussées de colibacillose urinaire à chaque période au milieu du cycle.

Examen : Utérus très petit, antéfléchi, très légère exocervicite, sans ulcération, pas d'annexite.

Traitement médical banal : Injections d'oxycyanure ; ovules secs aux sulfamides.

20 *décembre* 1948 : Revue après un retard de douze jours. Grossesse ?

16 *février* 1949 : Pertes verdâtres ; prélèvement : Nombreux poly altérés ; flore microbienne très développée constituée par de nombreux colibacilles.

Urines : Pas de germe.

Traitement : Intestinal : *Rufol ;* Ganidan.

— Local : Ovules de *Rufol.*

Malade encore en traitement, très améliorée.

Observation XXI.

Mme M..., 50 ans.

Vient pour douleurs, troubles ménopausiques légers ; constipation chronique ; pertes blanches ; cervicite avec ulcération.

Prélèvement : rares poly ; rares staphylo ; sans entéro.

Traitement : Ganidan, Rufol alternés.

— Pas de traitement local.

15 *mai* 1949 : Pertes ont considérablement diminué ; l'exulcération du col est guérie.

Traitement médical d'entretien : Injections d'oxycyanure.

Observation XXII.

Mme D... Jacqueline, 22 ans.

Vient pour douleurs du bas-ventre et pertes jaunâtres. Mariée depuis un an et demi ; pas de grossesse.

Opérée d'appendicite en 1945 ; trois ans après crise aigüe.

Avril 1949 : Malade fatiguée, énervée ; petit utérus en position intermédiaire ; col normal ; pas d'annexite.

Prélèvement : Assez nombreux poly altérés ; quinze à vingt

colibacilles par champs ; trente à quarante entéro.

Traitement : Intestinal : *Rufol, Ganidan.*

— Local : Ovules *Rufol.*

Mai 1949 : Les ovules auraient été mal tolérés (douleurs, et, un jour, une glaire sanglante ?).

Examen : Col très amélioré ; le prélèvement montre de nombreux poly ; quelques colibacilles.

C'est la seule malade qui ait accusé une irritation locale par le *Rufol.*

Observation XXIII.

Mme D... Germaine, 26 ans.

Vient pour douleurs du bas-ventre à droite et pertes blanches.

Histoire maladie : Début, il y a un an par des pertes blanches avec brûlures ; constipation marquée.

Il y a huit mois, opérée d'appendicite subaigüe par le docteur Auché.

Examen 15 *septembre* 1948 : Col normal de nullipare, utérus en bonne position ; pas d'annexite ; douleur du cul de sac droit.

Prélèvement: Rares poly altérés; nombreux colibacilles. Diathermie : vingt séances.

Février 1949 : L'état général est toujours le même malgré le traitement diathermique bien fait. Le prélèvement cervical donne : assez nombreux poly altérés ; flore développée constituée uniquement par du colibacille.

Traitement : Intestinal : *Rufol, Ganidan* alternés.

— Local : Ovules de *Rufol.*

Mai 1949 : Etat local très amélioré ; la malade reste constipée ; on prescrit un traitement par sulfate d'atropine ; reprise du Rufol.

Malade en traitement.

Observation XXIV.

Mme J... Carmen.

Vient pour douleurs annexielles droites, maux de reins ;

pertes blanches ; un enfant : 2 ans ; a eu autrefois de l'entérite.

Examen 21 *janvier* 1949 : Col subnormal ; utérus peu volumineux en position intermédiaire, légèrement douloureux à la mobilisation ; pas d'annexite.

Prélèvement : Assez nombreux poly altérés ; nombreux bacilles type coli, quarante à cinquante par champ.

Traitement : Ganidan, puis *Rufol.*

— Injections antiseptiques.

24 *juin* 1949 : Les pertes blanches ont diminué durant deux mois, puis, sont revenues comme auparavant. Mais cette reprise des pertes a coïncidé avec un arrêt de règles : grossesse.

Actuellement : enceinte de deux mois ; constipation marquée ; prélèvement : poly altérés nombreux ; flore développée : quarante coli par champs. pH : 5.

Observation XXV.

Mme M... Odette, 28 ans.

Vient pour appendicite subaigüe depuis l'âge de 17 ans. Souffre du foie, a du subictère ; mal réglée (oligomenorrhée) ; pertes fétides, douleurs légères dans culs de sacs.

Prélèvement : Quelques leucocytes polynucléés ; flore très développée, nombreux bacilles type coli. Urines : pas de germe.

Traitement : Rufol ; *Ganidan* alternés.

— Ovules *Rufol.*

4 *mars* 1949 : Appendicectomie, suites normales.

15 *mars* 1949 : Malade a mal fait son traitement à cause de son opération. Les pertes ont légèrement diminué mais le prélèvement montre plus de cinquante colibacilles par champ.

Observation XXVI.

Mme M... Jeannine, 24 ans.

Vient pour douleurs dans le bas-ventre et pertes blanc-jaunâtres. Début, il y a trois ans, après accouchement difficile au forceps.

Examen le 4 *mai* 1949 : Rétroversion légère, mobile, ovaire gauche perceptible ; pertes séro-purulentes abondantes.

Prélèvement : Assez nombreux poly altérés ; nombreux colibaciles (trente à quarante par champs).

Traitement : Injections oxycyanure, ovules de sulfamide.

13 *mai :* Va nettement mieux : un à deux coli tous les deux champs ; traitement : Rufol, ganidan ; ovules de Rufol.

24 *juin :* Les pertes n'ont pas beaucoup diminué, mais le prélèvement ne montre plus que un coli tous les deux champs.

Observation XXVII.

Mme C... Simone, 37 ans.

Vient pour douleurs dans le bas-ventre.

Début, il y a cinq ans, progressif ; maux de reins, douleurs dans la fesse et la cuisse droite ; quelques pertes blanches améliorée par vingt séances de diathermie, il y a trois ans.

Examen le 18 *mai* 1948 : Col métritique, exulcéré, utérus antéfléchi un peu gros, annexes perceptibles des deux côtés un peu augmentées de volume à droite.

Prélèvement : Nombreux bacilles de type coli court ; plus de vingt par champs ; nombreux entérocoques.

Antécédents : Une fausse couche, un enfant de 11 ans; constipation marquée : hygiène défectueuse de la défécation : ensemencements habituels de la vulve.

Traitement : Général : O.

— Intestinal : Ganidan, Rufol, alternés par périodes de quinze jours, associés à la galacbatéïne.

— Local : Ovules de Rufol.

On envisage de faire dans un mois une électro-coagulation du col ulcéré.

Résultats : Après un mois, les douleurs ont nettement diminué. Les pertes ont complètement disparu ; l'exulcération du col est presque entièrement guérie. On note au onzième jour une glaire abondante et claire.

Prélèvement : Rares poly : 1 par champ ; nombreux bacilles du type coli court (20 par champ).

On donne un traitement contre la constipation par l'atropine.

VII. - COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS

1° Nature des lésions.

Les cervicites sont les lésions les plus fréquemment rencontrées; elles sont accompagnées dans la moitié des cas d'une nette réaction annexielle. Il est probable que chez ces malades les germes ont emprunté la voie muqueuse ascendante, envahissant le vagin, le col, puis les annexes.

L'annexite existe dans un tiers des cas et se traduit surtout par des douleurs plus que par une tuméfaction.

2° Germes du col.

Dans la majorité des cas (la moitié) le colibacille est le seul germe rencontré ou, en tout cas, il est nettement prédominant.

L'association colibacille et entérocoque se voit dans le quart des observations.

Assez peu souvent l'entérocoque est isolé.

Nous avons rencontré six fois l'association du trichomonas aux coli et entéro chez des malades traitées pour colibacillose génitale.

Dans un cas seulement nous trouvons du streptocoque associé au colibacille. Il semble que la présence de coli et entéro exclue celle des germes banaux : la formule bactériologique intestinale paraît donc « exclusive ».

3° Germes dans les urines.

Quinze fois nous avons cherché les germes d'origine intestinale dans les urines, cinq fois nous en avons trouvé

(un tiers des cas). On ne peut donc parler, dans la majorité des cas, de « syndrome entéro-uro-génital » comme le décrivait Colaneri. Mais il s'agit plutôt d'un syndrome simplement « entéro-génital ».

4° **Etat intestinal.**

Les troubles intestinaux sont constants : vingt et un de nos malades sont constipés à des degrés divers (constipation chronique depuis l'enfance, quatorze cas), trois présentent un syndrome d'entérite chronique. Quatre étaient en instance d'opération pour appendicite chronique ou avaient déjà subi l'opération.

5° **pH vaginal.**

Il tend le plus souvent vers l'alcalinité, ce qui favorise le développement des germes basophiles. Mais on rencontre du colibacille et de l'entérocoque alors que le pH est nettement acide (six malades ont des pH variant de 4,5 à 5,5). L'acide phosphorique et le chlorure d'ammonium ramènent ce pH à la normale en quelques jours. Le chlorure d'ammonium sous forme de dragées glutinisées agit mieux, car on peut, sans redouter les troubles gastriques, l'ordonner aux doses de 4 à 5 gr. par jour.

6° **Résultats.**

Ils ont été bons ou excellents dans la majorité des cas.

a) *Au point de vue intestinal :* la constipation cédait en quelques jours, ainsi que le ballonnement et les pesanteurs abdominales. Il est difficile de préciser l'action de cette amélioration de l'état intestinal sur l'évolution de la métro-annexite. Mais nous avons remarqué que les malades qui avaient seulement un traitement local sans traitement intestinal présentaient des récidives plus ou moins rapides (observations XIX, XX, XXIII).

Les malades (XXIII, XXIV, XXVII) ont été très améliorées par le traitement de désinfection intestinale. Mais devant la persistance d'une infection légère, il a fallu recourir à l'association du traitement de la constipation par l'atropine.

La normalisation et la désinfection de l'intestin sont capitales. C'est le *traitement principal*, et si nous devions faire un choix, au lieu de réaliser l'association que nous préconisons dans tous les cas, c'est la thérapeutique intestinale qui mériterait, à notre avis, d'être retenue la première.

b) *Au point de vue local :* En quinze jours, pertes et douleurs avaient considérablement régressé, les germes étaient absents des sécrétions cervicales, le pH était aux environs de la normale. En un mois les ulcérations du col cicatrisaient uniquement par ce traitement sans que l'on ait eu recours (sauf un cas) à l'électro-coagulation. A plusieurs reprises (observations I, VIII, IX, X, XXVII) l'électro-coagulation, qui avait été, en principe, décidée, a pu être définitivement rejetée.

Dans tous ces cas il avait été fait un *traitement triple*.

Par contre, les résultats ont été tout différents en cas de traitement local isolé.

Deux malades ont eu uniquement un traitement de diathermie gynécologique (observations XIX et XXVII). Dans les deux cas le résultat a été nul et il a fallu donner un traitement associé.

Donc, la thérapeutique locale est tout à fait insuffisante, mais par contre, elle apporte un complément très précieux au traitement intestinal.

c) *Au point de vue général :* l'acide phosphorique, le chlorure d'ammonium ainsi que le repos ont rétabli en quelques jours l'état général déficient de ces malades.

Echecs :

Disons enfin que dans trois cas les résultats ont été nuls (observations XIV, XVII, XXV); nous n'avons pu débarrasser les malades de leurs colibacilles des appareils génital et urinaire (1).

---

(1) Nous n'avons pas la certitude que les malades aient suivi dans ces cas le traitement indiqué.

VIII. - THERAPEUTIQUE

Nous venons de voir que l'infection des organes génitaux de la femme est liée à un état digestif pathologique et que c'est surtout à la migration microbienne venue de l'intestin qu'est dû l'envahissement des différents étages.

Pour être efficace, le traitement devra donc, en premier lieu, viser l'intestin, soit pour normaliser sa motricité, soit pour le désinfecter : *traitement intestinal.*

Il faudra ensuite atteindre les lésions génitales pour combattre l'agent microbien « in situ », c'est l'objet du *traitement local.*

Enfin une modification du terrain sera nécessaire pour diminuer la tendance à la prolifération des germes intestinaux : *traitement général.*

1° Traitement intestinal.

Normalisation de la motricité :

Le régime a une importance primordiale. Son but est de modifier les fermentations anormales qui se produisent dans un intestin dont les sécrétions sont altérées, dont l'assimilation est viciée, dont la physiologie est changée.

D'après M. le Professeur Kreiss, la base du régime est le changement radical des habitudes alimentaires et, par suite, la suppression absolue du pain, des pommes de terre, des féculents, des graisses cuites. Nous pensons que cette défense doit être totale durant les premiers jours, car elle amène un soulagement réel par suite de la diminution

du ballonnement. Il faut ensuite rendre l'ordonnance moins sévère.

Le lait, chez les malades qui le supportent, sera donné coupé d'eau minérale.

La viande est nécessaire : viandes rouges grillées, 125 grammes par jour, jambon, poulet; on supprimera l'agneau, le veau et le porc.

A la même dose on recommandera le poisson maigre bouilli.

Les légumes verts sont autorisés. Ces dernières années on a beaucoup préconisé les légumes crus : on les donnera finement coupés, assaisonnés au jus de tomate ou à la sauce mayonnaise.

Le beurre et l'huile seront prescrits à la dose de 150 gr. par jour; ce sont de bons aliments pour ces malades qui ont un régime assez pauvre.

Les fromages frais seront autorisés.

Pour leur sucre, qui est un excitant hépatique, les confitures et les compotes seront recommandées. Les pruneaux sont excellents.

En résumé, l'alimentation sera ainsi réglée : elle devra être suffisante et variée, comprendre au moins deux tiers de légumes verts, fruits cuits, confiture, beurre, pour un tiers de viande ou poisson.

La mastication sera faite aussi soigneusement que possible.

L'hygiène de la défécation est importante; le refoulement du besoin d'exonération, l'insuffisance de contraction des muscles abdominaux, la sédentarité exerçant une action indéniable sur l'établissement de la constipation, les prescriptions suivantes doivent être observées :

Se présenter à la selle à heure fixe, de préférence après le petit déjeuner.

— *L'exercice* est recommandé; la marche est utile, le sport également, la gymnastique abdominale indispensable. Le massage de l'abdomen se pratique à jeun.

— *Le tabac* aurait un rôle utile. Citons à ce propos une phrase de Trousseau : « Un très grand nombre d'hommes « ne peuvent aller à selles que si, immédiatement après « le repas, ils fument une pipe ou un cigare et quoique, « dans notre pays, il ne soit pas bienséant aux femmes de « fumer, il est peu de semaines que je ne conseille à des « dames d'essayer une cigarette de tabac, afin de vaincre « une constipation qu'aucun autre moyen hygiènique ne « peut surmonter. »

Médication laxative et vago-sympathique :

Nous ne parlerons pas du traitement par les lavements, procédé anti-physiologique, responsable de bon nombre d'entéro-colites muco-membraneuses, ni des laxatifs, qui créent une accoutumance, entraînent un redoublement de la constipation et irritent l'intestin.

Mais par contre nous voulons faire une place à part à un traitement de la constipation qui nous a paru transformer véritablement l'état de ces malades : c'est le traitement à l'atropine (1), préconisé par le professeur Kreiss.

Traitement à l'atropine :

Nous utilisons le sulfate neutre d'atropine aux doses suivantes :

Deux granulés à 1/2 milligramme le matin à jeun, puis, s'il n'y a aucun résultat, nous augmentons de un granulé après cinq jours; on peut dépasser ces doses mais, la plu-

---

(1) Trousseau disait de la belladone : « Le médicament que je conseille cons- « tamment à l'exemple de ce que faisait Bretonneau, c'est la belladone. Je for- « mule des pilules contenant chacune un centigramme d'extrait et autant de « poudre de belladone. On en prend une le matin à jeun. On va à deux après « cinq à six jours et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou « cinq et toujours ces pilules, quelqu'en soit le nombre, doivent être prises « en même temps. Je ne saurais dire de quelle manière elles agissent; ce que « je sais, c'est que les malades qui ont suivi avec persévérance, mais infruc- « tueusement, les conseils divers, ces malades dis-je, finissent à l'aide de la « belladone par obtenir des garde-robes quotidiennes. »

part du temps, deux granulés suffisent à amener des selles quotidiennes (pour deux malades nous avons prescrit quatre granulés par jour en une seule prise).

Nous n'avons observé aucun trouble : sécheresse de la bouche, vertiges, troubles oculaires, en continuant longtemps cette médication. Sur trente-quatre cas traités, nous avons eu deux échecs.

On peut discuter sur le mode d'action de l'atropine au niveau du tube digestif. Théoriquement, étant donné l'action paralysante de la belladone sur le pneumogastrique, nerf moteur de l'intestin, elle devrait ralentir le transit au lieu de l'accélérer. En pratique nous observons régulièrement, après son emploi, une régularisation des selles et même, chez certaines malades, des selles molles et liquides. S'agit-il d'une action antispasmodique, comme certains l'ont prétendu, ou d'une régularisation des fonctions digestives troublées des fibres longitudinales et des fibres circulaires (dyskinésie ou achalasie) ? Nous l'ignorons et nous nous bornons à enregistrer les résultats.

Cures thermales : nous avons en France les stations de Châtel-Guyon, Plombières, Brides, Luxueil. Les malades y trouvent surtout le repos et un changement de vie nécessaires au rétablissement de leur état général.

2° **Désinfection intestinale.**

Pour obtenir une diminution des germes intestinaux, nous nous sommes adressés aux sulfamides à action spécifiquement intestinale. Ils permettent de réaliser de fortes concentrations du produit « in situ » par suite de leur absorption très lente.

Suivant les cas, nous avons employé, soit le phtalylsulfathiazol (1), soit la sulfaguanidine (2).

La posologie que nous avons prescrite étant en moyenne

(1) Talidine, des laboratoires Midy.
(2) Ganidan, des laboratoires Specia.

de dix comprimés par jour en deux prises de cinq comprimés durant cinq ou six jours.

Pour lutter contre les parasites intestinaux qui favorisent le développement des germes, on utilisera un traitement approprié. Chez une malade nous avons décelé des oxyures, chez l'autre des ascaris.

Nous avons utilisé parfois les stock-vaccins et semble-t-il avec succès.

3° Traitement local.

Le traitement intestinal supprime la cause de l'infection; c'est lui qui est indispensable, témoin les nombreuses observations où une action purement locale menée auparavant n'avait fait qu'améliorer passagèrement les malades. Mais à lui seul il ne suffit pas à guérir les métro-annexites chroniques.

Il faut un traitement local pour atteindre les germes logés dans le vagin et dans les glandes du col, pour supprimer la voie ascendante muqueuse qu'ils utilisent souvent.

Nous avons employé le sulfaméthyl-thio-diazol (1) en pansements gynécologiques ou en ovules.

Par simple contact, imprégnation par le liquide de la muqueuse du col et du vagin, nous avons traité des lésions (méthode endosmotique comme la nomme Marcel Gallois).

Les infiltrations du produit dans le col et les culs de sacs sont douloureuses et dans la cure des métro-annexites avec périmétrite ne nous ont pas paru supérieures aux injections de penicilline-novocaïne habituellement utilisées dans le service.

---

(1) Rufol Debat. — M. le Docteur de Luna, Directeur scientifique des laboratoires Debat, avait fait préparer à la demande de notre maître, le professeur agrégé Magendie, pour son service de clinique gynécologique de l'hôpital André-Boursier, une solution à 4 % de Rufol en ampoules stériles et des ovules de Rufol dosés à 0 gr. 50 du produit. Nous le remercions très vivement de nous avoir échantillonné assez largement pour pouvoir nous faire une opinion à leur sujet.

Nous n'avons pas utilisé le produit en injections sous-muqueuses au niveau du col et de l'endocol. Par contre, nous avons fait de très nombreuses applications locales du produit sur les mèches placées au contact du col.

Nous versons sur une compresse la contenu d'une ampoule de 10 cc. Nous l'appliquons sur le col préalablement néttoyé à sec et nous faisons par dessus une petite columnisation .Le pansement est laissé en place 24 heures et renouvelé au bout de ce temps. Suivant les lésions nous prolongeons le traitement pendant 8 à 20 jours.

Les ovules sont prescrits au début si les lésions sont peu importantes, ou après un traitement par les mèches.

Cette méthode nous a donné de très bons résultats. En quelques semaines, les cols ulcérés avaient repris leur aspect normal; en quelques jours les pertes et les douleurs avaient disparu et l'on ne recontrait plus de germes dans le canal cervical.

A l'Hôpital, en aucun cas le Rufol n'a paru irritant ou nocif. Une seule malade de clientèle a prétendu avoir eu un peu d'irritation et de saignement, mais il s'agissait d'une névropathe et son cas est resté isolé.

Contre les douleurs persistantes, nous avons utilisé la diathermie; chaque fois qu'elle était associée au traitement intestinal et local, nous avons eu de bons résultats. Par contre, isolée, elle est restée inefficace dans deux cas.

Les autres traitements classiques : ondes courtes, massage (Thèse de Mme Souleau, 1948, Bordeaux), sont indiqués comme dans toutes les métrites en général.

Les cures thermales (Châtel-Guyon, Plombières, Luxeuil, Salins-les-Bains, Uriage...) ont des indications toutes particulières dans le traitement des métro-annexites à colibacilles. Une immense littérature existe à ce sujet. C'est

un chapitre qui aurait mérité à lui seul un important développement; nous le laissons de côté dans ce travail.

4° Traitement urinaire.

Le traitement de la colibacillose urinaire est indiqué quand l'examen bactériologique est positif. Dans quatre cas nous avons rencontré le colibacille, soit seul, soit associé à l'entérocoque dans les urines. Contre cette localisation nous avons employé le sulfaméthyl-thio-diazol (1), à la dose de cinq comprimés en vingt-quatre heures, durant quatre jours. Dans ce laps de temps, les germes urinaires ont disparu (un échec).

5° Traitement général.

« Si l'action sur le microbe est utile, l'action sur le terrain est indispensable. » (Pierra.)

En effet, il s'agit souvent de malades déprimées, fatiguées, dont la mauvaise assimilation a miné le système nerveux.

Il est indispensable de *tonifier* ces malades pour leur permettre de reconstituer leurs forces, de les *acidifier* pour créer un terrain de défense contre les germes basophiles.

Nous avons employé l'acide phosphorique ou le chlorure d'ammonium :

L'acide phosphorique à la dose de 0 gr. 50 par jour chez les malades dont l'état général était sérieusement touché.

Le chlorure d'ammonium à la dose de 2 à 5 gr. par jour, en dragées glutinisées, dans les cas où le milieu devait être acidifié fortement et vite.

Chez toutes les malades ces produits nous ont donné des résultats satisfaisants.

(1) Rufol, Debat.

6° **Cure d'entretien.**

Grâce au traitement mixte ainsi conduit, les malades sont généralement, en quelques semaines, débarrassées des troubles qu'elles traînaient depuis des années.

Mais il est indispensable, pour rester guéries, qu'elles suivent un véritable *traitement d'entretien*.

Le traitement intestinal sera dirigé contre la consipation. Si elle réapparaît, elles prendront durant quelques jours du sulfate neutre d'atropine à la dose de 1 milligrame le matin à jeun.

Pendant les mois qui suivent leur guérison, nous leur prescrivons chaque mois :

— Un traitement local de six jours par ovules et injections.

— Un traitement général de dix jours par l'acide phosphorique à la dose de 0 gr. 50 par jour, ou par le chlorure d'ammonium à la dose de 2 gr. par jour.

Nous espérons ainsi obtenir une guérison durable, même en face de germes aussi tenaces que le colibacille et l'entérocoque.

CONCLUSIONS

I. *Fréquence :*

Les métro-annexites chroniques à germes intestinaux sont très fréquentes. Sur cent cinquante et un cas vérifiés au point de vue bactégiologique, nous en avons trouvé soixante-trois à coli et à entéro, soit 41,5 %.

II. *Diagnostic :*

La clinique nous les fera soupçonner par l'abondance, l'odeur et la ténacité des pertes, par l'association des troubles digestifs et généraux, mais seul le laboratoire nous en donnera la preuve formelle.

III. *Pour les guérir, nous préconisons simultanément :*

a) Un traitement intestinal agissant sur la motricité du tube digestif, par le sulfate neutre d'atropine et, d'autre part, une désinfection intestinale par les sulfamides à action élective.

b) Un traitement local de la cervicite.

Le sulfaméthyl-thio-diazol (Rufol), en applications locales, nous a paru un utile adjuvant.

c) Un traitement général (toniques du système nerveux vago-sympathique et surtout acidifiants), pour créer un terrain défavorable au développement des fermes basophiles.

IV. *Résultats :*

Cette thérapeutique nous a donné 80 % de guérisons rapides, mais les rechutes sont fréquentes, à moins de suivre une cure d'entretien prolongée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Bordeaux, le 1er juillet 1949

Le Doyen,

PORTMANN.

Vu :

Le Président du Jury,

RIVIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 juillet 1949

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

BADELON. — Contribution à l'étude des lésions de l'anse sigmoïde au cours des annexites gauches. Bordeaux, 1929-1930.

BECART et GAEHLINGER. — Le traitement des adhérences abdominales. *Société de Médecine de Paris*, 9 novembre 1928.

BESSET-PIGEAT. — La colibacillose génitale. Congrès de la colibacillose, Châtel-Guyon, 1934.

BONNAFOS et LAFONT. — Symptômes et diagnostic des annexites aigües et chroniques. XI[e] Congrès de Gynécologie, Châtel-Guyon, 1947.

CAMBIES. — A propos de la communication de M. X. Colaneri sur la vaccination buccale. *Société Médecine de Paris*, N° 6, Paris 1929.

CAMBIES. — Mécanisme d'action des eaux minérales de Châtel-Guyon dans le traitement des salpingites colibacillaires. XI[e] Congrès gynécologie, Châtel-Guyon, 1947.

CASTÉRA. — Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec anse sigmoïde et son méso. Bordeaux, 1911.

CHANTRIOT. — Colibacilloses associées. Congrès colibacillose, Châtel-Guyon, 1934.

COLANERI (Xavier). — Les pansements vaccinant en gynécologie. *Journal Médecine de Paris*, 8 nov. 1945, N° 45.

— La vaccinothérapie locale et buccale dans le traitement des métrites. *Bulletin Médical*, N° 43, 1929.

— Le syndrome entéro-uro-génital. *Avenir Médical*, juillet-août 1930, N° 7.

— Le traitement moderne de la métrite. *Journal de Médecine de Paris*, N° 36, 4 septembre 1930.

— Syndrome entéro-uro-génital et le colibacille. *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, juin 1931.

— Le traitement des colibacilloses chez la femme. *Revue française de gynécologie et obstétrique,* juin 1932.

Colaneri et Cambies. — A propos de la colibacillose en gynécologie. Congrès coliballose, Châtel-Guyon, 1934.

Colaneri et Martin (P.). — Contribution à l'étude du syndrome entéro-uro-génital et son traitement. *Concours Médical,* 19 avril 1931.

Corre (Lucienne). — Pathogénie des infections colibacillaires. Thèse de Paris, 1943.

Dard (Marguerite). — Contribution à l'étude du syndrome entéro-génital. Paris, 1933.

Desgeorges. — De l'auto-infection intestinale chronique. *Revue de Médecine,* 1927, N° 2.

— Les méfaits de la colibacillose. *Avenir Médical,* juin-juillet, 1930.

— Etiologie et traitement de la colibacillose. *Avenir Médical,* mai 1931.

— Symptomes de la colibacillose, *Avenir Médical,* mai 1931.

Dubreuil. — Trompes de Fallope chez la femme. Vigot, Paris 1946.

Ezes et Gares. — Etiologie et pathogénie des annexites. XI[e] Congrès gynécologie, Châtel-Guyon, 1947.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

Fisch. — L'évolution du colibacille intestinal. *Revue de Médecine,* N° 1, 1930.

Gaehlinger. — pH vaginal et colibacillose génitale. XI[e] Congrès gynécologie, Châtel-Guyon, 1947.

Gaehlinger et Bécart. — La vaccination par voie buccale dans l'infection intestinale. *Revue Médecine,* 1929, N° 3.

Gallois (Marcel). — La vaccination uro-gynécologique. *Journal de Médecine,* Paris 1930, N° 2.

Gleize-Rambal. — Atomies et dyskinésies digestives, colites chroniques et ptoses. G. Doin, Paris.

Grollet. — Le syndrome entéro-uro-génital. *Courrier Médical,* avril 1931.

Guillemin. — Colibacillose et gynécologie. Congrès de la colibacillose, Châtel-Guyon 1934.

HALLE. — Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. Thèse, Paris 1898.

HEITZ-BOYER. — Syndrome entéro-rénal. *Annales de thérapie biologique*, juin 1934.

MARTIN (P.). — Les utéro-annexites à point de départ intestinal. *Le Médecin français*, 1er juin 1923.

MAZERAN. — L'infection colibacillaire par propagation. *Société de Médecine de Paris*, N° 7, 12 avril 1929.

PIERRA. — La vaccinothérapie en gynécologie. *L'évolution thérapeutique*, fascicule 9.

— Les infections colibacillaires de l'appareil génital chez la femme. *Revue française de gynécologie et obstétrique*, juin 1932, N° 6.

POULAIN. — Sigmoïdite et infection des organes génitaux de la femme. *Archives générales de chirurgie*, 1911, N° 30.

PRINCETEAU. — Contribution à l'étude des rapports anatomo-pathologiques des annexes gauches avec l'anse et le méso-sigmoïde. XXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie, 1910.

— Annexite suppurée et péri sigmoïdite. *Journal de Médecine de Bordeaux*, N° 5, février 1912.

REYMOND. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. Paris, 1875.

SCHILL (P.). — Métrites chroniques à flore bactérienne d'origine intestinale. *Paris Médical*, 24 juillet 1926.

SCHNEIDER. — L'état actuel des traitements de la colibacillose. *Société Médecine de Paris*, N° 5, 7 mars 1930.